









Avaliação dos fatores preditores de comprometimento cognitivo em pacientes atendidos no serviço de geriatria de um hospital universitário, no nordeste brasileiro

Título em inglês

- 1 Thyara Gonzalez da Silva  
- 2 Jessica Vanina Ortiz  
- 3 Igor Marcelo de Castro e Silva  
- 4 Maria Zali Borges Sousa San Lucas  

- 1 Residente do Programa de Residência Médica em Geriatria do HU-UFMA
- 2 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical
- 3 Professor, Doutor e Preceptor do Programa de Residência Médica em Geriatria do HU-UFMA
- 4 Mestre, Coordenadora e Preceptora do Programa de Residência Médica em Geriatria do HU-UFMA

RESUMO

As alterações cognitivas são comuns ao longo da idade avançada. Identificar o limite tênue entre o declínio e o comprometimento cognitivo (CC) é um grande desafio. O objetivo deste estudo é avaliar a presença de fatores preditores de CC, comprovado por teste de rastreio, em pacientes atendidos no serviço de geriatria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado por meio de revisão de 251 prontuários com coleta de informações demográficas, clínicas e terapêuticas, bem como da avaliação geriátrica ampla (AGA). De acordo com os critérios desta pesquisa, 213 prontuários foram excluídos. Através do instrumento de rastreio cognitivo *10-point Cognitive Screener* (10-CS), identificamos 20 pacientes sem comprometimento cognitivo (CC) e 18, sugestivos de CC. Todos os pacientes com CC eram independentes para atividades de vida diária (AVDs), sendo classificados com comprometimento cognitivo leve (CCL). Nesses pacientes, os preditores idade, escolaridade, alteração do sono e outras comorbidades demonstraram significância estatística ($p < 0,05$). A identificação desses pacientes, nesse serviço de geriatria, nos traz a possibilidade de intervenções preventivas e controle dos preditores cognitivos, através de ações interdisciplinares que poderão ajudar a evitar a evolução do declínio e a promover a reabilitação neuropsicológica.

Palavras-chave:

Declínio cognitivo normal; Comprometimento cognitivo; Demência; Fatores preditores.

ABSTRACT

Cognitive changes are common throughout old age. Identifying the fine line between cognitive decline and cognitive impairment (CC) is a major challenge. The objective of this study is to evaluate the presence of predictive factors for CC, proven by screening tests, in patients treated at the geriatrics service of the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HU-UFMA). This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study, carried out through a review of 251 medical records with the collection of demographic, clinical and therapeutic information, as well as comprehensive geriatric assessment (AGA). According to the criteria of this research, 213 records were excluded. Using the 10-point Cognitive Screener (10-CS) cognitive screening instrument, we identified 20 patients without cognitive impairment (CC) and 18, suggestive of CC. All patients with CC were independent in activities of daily living (ADLs), being classified as having mild cognitive impairment (MCI). In these patients, the predictors of age, education, sleep disturbance and other comorbidities demonstrated statistical significance ($p < 0.05$). The identification of these patients, in this geriatrics service, brings us the possibility of preventive interventions and control of cognitive predictors, through interdisciplinary actions that can help prevent the progression of decline and promote neuropsychological rehabilitation.

Keywords:

Normal cognitive decline; Cognitive impairment; Dementia; Predicting factors.

1 INTRODUÇÃO

A maior parte da população mundial experimentará alterações cognitivas com o avançar da idade (Eguchi; Matsumoto; Niimura, 2023). O declínio cognitivo (DC) é considerado um processo fisiológico do envelhecimento cerebral que pode ocorrer de forma variável de um indivíduo para o outro (Murman, 2015). É facilmente confundido com o comprometimento cognitivo das demências em sua fase inicial, o que acaba por retardar o diagnóstico precoce. (Jongsiriyanyong; Limpawattana, 2018; Kryscio *et al.*, 2006). Conseguir diferenciar o envelhecimento normal do patológico é uma tarefa de fundamental importância. (Schenkman *et al.*, 2016).

O processo de envelhecimento cognitivo normal acarreta mudanças significativas em muitos dos domínios da cognição, principalmente nas funções executivas, na memória episódica e na velocidade de processamento (Forlenza *et al.*, 2013). Assim, queixas subjetivas de esquecimento, desorganização e lentificação mental são absolutamente comuns nessa fase do desenvolvimento (Fuentes *et al.*, 2014). Essas alterações do DC não chegam a afetar a vida cotidiana dos idosos e seus familiares (Rabelo, 2009).

Contudo, em outro extremo, quando o declínio cognitivo afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando na perda de independência e autonomia, que varia de acordo com o grau de gravidade, e com consequente perda da qualidade de vida da pessoa idosa estamos diante de um comprometimento cognitivo (CC) patológico que resulta em síndromes demenciais (Machado *et al.*, 2011).

As síndromes demenciais afetam mais 57 milhões de pessoas em todo o mundo, número que deverá aumentar para 152 milhões até 2050 (Zhang *et al.*, 2023). Comprometem não só os portadores da condição, como também familiares e cuidadores, com impacto negativo na saúde e na qualidade de vida (Paula *et al.*, 2022).

Uma condição intermediária entre o envelhecimento normal e a demência é o chamado comprometimento cognitivo leve (CCL), que corresponde a situação em que existe queixa e percepção de DC, que são objetivamente comprovados por testes específicos, mas que ainda não resultam em perda de funcionalidade (Smid *et al.*, 2022). O CCL é um preditor de alto risco para o desenvolvimento dos quadros demenciais (Livingston *et al.*, 2017). Mais da metade dos portadores de CCL evoluem para a demência, dentro de cinco anos (Rabelo, 2009).

O reconhecimento precoce do CCL e da demência permitem ações oportunas e melhor prognóstico (Shaik *et al.*, 2016). Entre os fatores preditores, estão os não modificáveis, como idade, sexo e fatores genéticos; e os modificáveis, tais como: escolaridade, doenças cardiovasculares, condições neuropsiquiátricas, déficits sensoriais, estilo de vida, polifarmácia, entre outros (El Harsi; Benksim; Cherkaoui, 2023).

O estudo do CC é de suma importância, pois a diminuição de preditores potencialmente modificáveis pode impedir o surgimento de mais de um terço dos casos de demência (Zheng; Cagney; Choi, 2023) e, no caso de demência avançada (DA), a hipótese de uma longa fase pré-clínica sugere uma janela de oportunidades para mudanças desses preditores (Paula *et al.*, 2022).

Identificar os indivíduos com CC que apresentam risco aumentado para demência permite intervenções precoces, visando melhorar o prognóstico da doença e o impacto no cenário da saúde pública, na vida dos indivíduos e de seus familiares (Dias; Melo, 2020; Vanzeler, 2020). Por isso, o estudo teve como objetivo avaliar a presença de fatores preditores de CC, comprovado por teste de rastreio, em pacientes atendidos no serviço de geriatria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA).

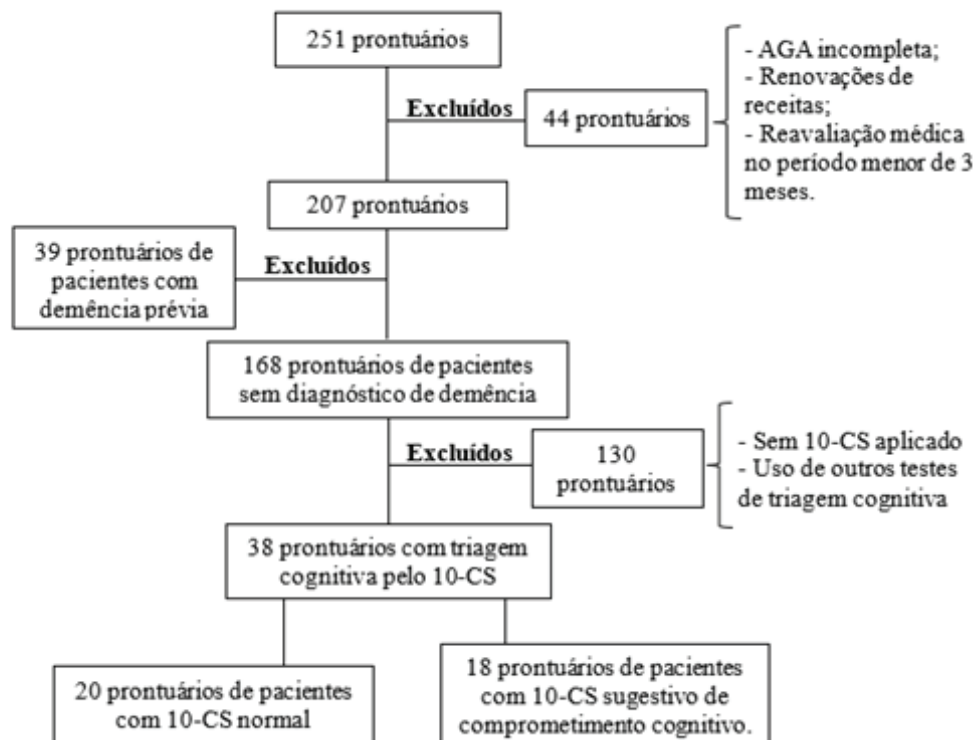
2 MÉTODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e quantitativo, a partir da revisão de 251 prontuários de pacientes atendidos no serviço de geriatria do HU-UFMA. Foram coletados dados demográficos, clínicos e terapêuticos, bem como a avaliação geriátrica ampla (AGA).

A presença ou ausência de declínio cognitivo foi avaliada através do *10-point Cognitive Screener* (10-CS), um instrumento de triagem breve para detectar deficiências cognitivas, validado no Brasil por Apolinário *et al.* (2016), composto por uma avaliação da orientação temporal de três itens (data, mês, ano), da fluência de categoria (nomeação de animais em 1 minuto) e da recordação de três palavras (Apolinário *et al.*, 2016). Esse teste de rastreio foi escolhido por levar cerca de 2 minutos para ser concluído; não necessitar de materiais específicos; possuir estrutura fácil de lembrar para ser administrada e pontuada de memória; ser adequado a populações de baixa escolaridade, por não necessitar de leitura, escrita, desenho e outras habilidades adquiridas na escolaridade; não incluir pistas visuais ou tarefas motoras e, portanto, poder ser completado sem desvantagens consideráveis, por indivíduos com deficiências motoras ou sensoriais comuns em idades mais avançadas (Apolinário *et al.*, 2016).

Para as análises estatísticas, foram realizadas três triagens. Na primeira, foram excluídos 44 prontuários devido ao registro incompleto da AGA, atendimentos somente para renovação de receitas e reavaliação médica, no período menor de 3 meses. Na segunda, foram excluídos 39 prontuários de pacientes que já tinham diagnóstico prévio de demência. E, na terceira, foram excluídos 130 prontuários, por não terem registro do 10-CS como teste de rastreio cognitivo ou por terem usado outras ferramentas de triagem cognitiva: teste do relógio, minixame do estado mental (MEEM), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Dessa forma, somente 38 prontuários foram elegíveis para este estudo, dos quais 20 tiveram o 10-CS normal, e 18, foram sugestivos CC pela triagem de rastreio (Figura 01).

Figura 01: Identificação do processo de seleção dos prontuários dos pacientes com triagem cognitiva sugestiva de comprometimento cognitivo pelo 10-CS.



Fonte: SILVA, T.G *et al.*, 2024.

Os dados foram tabulados em planilhas Excel e analisados por meio do programa estatística Stata v.14. As variáveis qualitativas são apresentadas por suas frequências absolutas e relativas. O teste exato de Fisher foi aplicado para comparar as frequências e a razão de chances (OR) foi calculada de forma independente, pelo modelo de regressão multivariada entre a presença/ausência de declínio cognitivo pelos fatores preditores observados na análise inicial. Para todos os testes foi considerado um intervalo de confiança de 95% e um p-valor < 0.05.

Este estudo faz parte do projeto intitulado *Avaliação do perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico dos usuários atendidos no ambulatório de geriatria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão*, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HU-UFMA no parecer 6.204.566, CAAE: 70784523.0.0000.5086.

3 RESULTADOS

Respeitando os critérios de inclusão e exclusão, avaliamos 38 prontuários, nos quais observamos que a idade variou de 60 – 103 anos, com prevalência de idosos na faixa etária entre 70-79 anos (44,7%). Quando avaliamos os pacientes com 10-CS sugestivo de CC, a maioria se encontra entre 80-89 anos (50%). Na avaliação geral, a maioria dos pacientes é do sexo feminino (81,6%), casada (47,4%), cristã (44,7%), tem menos de 4 anos de estudo (42,1%) e vão às consultas acompanhadas (63,2%) (Tabela 01).

Tabela 01 – Características sociodemográficas de pacientes sem e com comprometimento cognitivo (n=38).

Variáveis	Total (n = 38)	10-CS Normal (n = 20)	10-CS Positivo (n = 18)	p-valor*
Faixa etária (anos)	f (%)	f (%)	f (%)	0.024
60 – 69	9 (23.7)	7 (35.0)	2 (11.1)	
70 – 79	17 (44.7)	10 (50.0)	7 (38.9)	
80 – 89	11 (29.0)	2 (10.0)	9 (50.0)	
≥ 90	1 (2.6)	1 (5.0)	-	
Sexo feminino	31 (81.6)	17 (85.0)	14 (77.8)	0.687
Estado civil				0.684
Solteiro	3 (7.9)	2 (10.0)	1 (5.6)	
Divorciado	6 (15.8)	2 (10.0)	4 (22.2)	
Casado	18 (47.4)	9 (45.0)	9 (50.0)	
União estável	1 (2.6)	1 (5.0)	-	
Viúvo	7 (18.4)	5 (25.0)	2 (11.1)	
Escolaridade				0.710
Até 4 anos	16 (42.1)	9 (50.0)	9 (50.0)	
Entre 4 e 8 anos	9 (23.7)	6 (30.0)	3 (16.7)	
Acima de 8 anos	10 (26.3)	5 (25.0)	5 (27.8)	
Religião				0.113
Católico	17 (44.7)	12 (60.0)	5 (27.8)	
Evangélico	17 (44.7)	6 (30.0)	11 (61.1)	
Acompanhado				0.101
Sim	24 (63.2)	10 (50.0)	14 (77.8)	
Não	14 (36.8)	10 (50.0)	4 (22.2)	

Fonte: SILVA, T.G et al., 2024.

Nota: Os dados são apresentados pelas frequências absolutas (f) e, em parênteses, o percentual do grupo (%). *Teste exato de Fisher

A tabela 02 apresenta a comparação entre os pacientes com e sem comprometimento cognitivo. Aqueles com CC estavam com índice de massa corporal na faixa do sobrepeso (55,6%), tinham mais de 5 comorbidades (61,1%), possuíam polifarmácia (66,7%), eram idosos robustos (50%), totalmente independentes para atividades básicas de vida diária – ABVDs (100%), totalmente independentes para atividades instrumentais – AIVDs (55,6%), tinham alteração do sono (72,2%), comprometimento visual (66,7%) e auditivo (38,9%), negavam etilismo (77,7%) e negavam tabagismo (50%). A variável *comorbidades* evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 02 – Características clínicas de pacientes sem e com comprometimento cognitivo (n = 38).

Variáveis	Total (n = 38)	10-CS Normal (n = 20)	10-CS Positivo (n = 18)	p-valor*
IMC	f (%)	f (%)	f (%)	0.400
<i>Peso adequado</i>	12 (31.6)	6 (30.0)	6 (33.3)	
<i>Baixo peso</i>	8 (21.1)	6 (30.0)	2 (11.1)	
<i>Sobrepeso</i>	18 (47.4)	8 (40.0)	10 (55.6)	
Comorbidades				0.047
< 5	22 (57.9)	15 (75.0)	7 (38.9)	
≥ 5	16 (42.1)	5 (25.0)	11 (61.1)	
Vícios				
<i>Etilismo</i>	7 (18.4)	3 (15)	4 (22.2)	0.838
<i>Tabagismo</i>	16 (42.1)	7 (35.0)	9 (50.0)	0.512
Déficits sensoriais				
<i>Comprometimento auditivo</i>	16 (42.1)	9 (45.0)	7 (38.9)	0.865
<i>Comprometimento visual</i>	23 (60.5)	11 (55.0)	12 (66.7)	0.522
Alterações do sono	19 (50.0)	6 (30.0)	13 (72.2)	0.022
Funcionalidade				
ABVDs				NA
<i>Independente</i>	38 (100.0)	20 (100.0)	18 (100.0)	
<i>Dependente parcial</i>	-	-	-	
<i>Dependente total</i>	-	-	-	
AIVDs				0.504
<i>Independente</i>	25 (65.8)	15 (75.0)	10 (55.6)	
<i>Dependente parcial</i>	10 (26.3)	4 (20.0)	6 (33.3)	
<i>Dependente total</i>	3 (7.9)	1 (5.0)	2 (11.1)	
Fragilidade				0.444
<i>Robusto</i>	17 (44.7)	8 (40.0)	9 (50.0)	
<i>Pré-frágil</i>	12 (31.6)	4 (44.4)	5 (27.8)	
<i>Frágil</i>	4 (10.5)	1 (5.0)	3 (16.7)	
Polifarmácia	20 (52.6)	8 (40.0)	12 (66.7)	0.119

Fonte: SILVA, T.G et al., 2024.

Nota: Os dados são apresentados pelas frequências absolutas (f) e, em parênteses, o percentual do grupo (%). NA: Não se aplica. ABVDs: [atividades básicas de vida diária]. AIVDs: [atividades instrumentais de vida diária]. *Teste exato de Fisher.

A tabela 03 apresenta as comorbidades prevalentes entre os pacientes com e sem comprometimento cognitivo, havendo relevância estatística do item *outras comorbidades*.

Tabela 03 – Comorbidades prevalentes de pacientes sem e com comprometimento cognitivo (n = 38).

Variáveis	Total (n = 38)	10-CS Normal (n = 20)	10-CS Positivo (n = 18)	p-valor*
	f (%)	f (%)	f (%)	
Hipertensão arterial	22 (57.9)	10 (50.0)	12 (66.7)	0.342
Acidente vascular cerebral	1 (2.6)	-	1 (5.6)	0.474
Diabetes	11 (29.0)	7 (35.0)	4 (22.2)	0.485
Doenças da tireoide	9 (23.7)	5 (25.0)	4 (22.2)	1.000
Pneumopatias	4 (10.5)	2 (10.0)	2 (11.1)	1.000
Insuficiência vascular periférica	1 (2.6)	-	1 (5.6)	0.474
Doenças osteoarticulares	19 (50.0)	11 (55.0)	8 (44.4)	0.746
Outras comorbidades	29 (76.3)	12 (60.0)	17 (94.4)	0.021

Fonte: SILVA, T.G et al., 2024.

Nota: Os dados são apresentados pelas frequências absolutas (f) e, em parênteses, o percentual do grupo (%). *Teste exato de Fisher.

Na tabela 04, ao analisarmos os preditores de comprometimento cognitivo, chama atenção a associação com idade avançada e com alteração do sono. A razão de chances (OR) mostra que os idosos na faixa etária entre 80-89 anos têm 9 vezes mais chance de ter CC [OR=9; IC (1,35-96,5)], assim como os idosos com alteração do sono têm 6 vezes mais chances [OR=6.07; (1,24 – 31,53)]. A associação dos demais preditores com comprometimento cognitivo não apresentou significância estatística, provavelmente, pelo baixo número de prontuários que obedeciam aos critérios do estudo.

Tabela 04 – Preditores do comprometimento cognitivo a partir da razão de chances (OR).

Variáveis	10-CS Normal (n = 20)	10-CS Positivo (n = 18)	OR [95%]	p-valor
Sexo feminino	17 (85.0)	14 (77.8)	0.62 [0.08 - 4.39]	0.687
Faixa etária (anos)				
60 – 69	7 (35)	2 (11.1)	0.23 [0.02 - 1.56]	0.131
70 – 79	10 (50.0)	7 (38.9)	0.64 [0.14 - 2.76]	0.532
80 – 89	2 (10.0)	9 (50.0)	9 [1.35 - 96.53]	0.011
Escolaridade				
Até 4 anos	9 (50.0)	9 (50.0)	1.22 [0.28 - 5.26]	1.000
Entre 4 e 8 anos	6 (30.0)	3 (16.7)	0.47 [0.06 - 2.76]	0.454
Acima de 8 anos	5 (25.0)	5 (27.8)	1.15 [0.21 - 6.28]	1.000
Diabetes	7 (35.0)	4 (22.2)	0.53 [0.09 - 2.74]	0.485
Doenças cardiovasculares	13 (65.0)	15 (83.3)	2.7 [0.47 - 19.00]	0.278
Acidente vascular cerebral	-	1 (5.6)	-	NA
Déficits sensoriais				
Comprometimento auditivo	9 (45.0)	7 (38.9)	0.78 [0.18 - 3.40]	0.752
Comprometimento visual	11 (55.0)	12 (66.7)	1.63 [0.37 - 7.56]	0.522
Alterações do sono	6 (30.0)	13 (72.2)	6.07 [1.24 - 31.53]	0.022
Polifarmácia	8 (40.0)	12 (66.7)	3 [0.67 - 13.99]	0.119
Estilo de vida				
Etílico	3 (15.0)	4 (22.2)	1.62 [0.23 - 12.81]	0.687
Tabagismo	7 (35.0)	9 (50.0)	1.86 [0.42 - 8.32]	0.512
Sedentarismo	15 (75.0)	15 (83.3)	1.67 [0.26 - 12.54]	0.697

Fonte: SILVA, T.G et al., 2024.

Nota: Os dados são apresentados pelas frequências absolutas (f) e, em parênteses, o percentual do grupo (%). NA: Não se aplica.

4 DISCUSSÃO

A análise dos resultados mostrou que, nos pacientes com comprometimento cognitivo, o preditor não modificável idade teve significância estatística. Os estudos de César-Freitas *et al.* (2023) e El Harsi; Benksim; Cherkaoui (2023) também corroboraram com a percepção de que a frequência de CC aumenta com a idade, portanto pessoas mais velhas têm maiores probabilidades de evoluir com CC do que os indivíduos mais jovens.

A revisão sistemática realizada por Hill *et al.*, (2021) levantou 16 artigos, os quais evidenciaram que as queixas cognitivas entre idosos eram prevalentes naqueles com mais condições crônicas e que elas aumentavam com a carga de multimorbidades. Hoje, o que se sabe é que acúmulo de comorbidades crônicas tem sido relacionado a comportamentos de estilo de vida pouco saudáveis (por exemplo, tabagismo e índice de massa corporal anormal) (Jiao *et al.*, 2023). Vários estudos associaram a multimorbidade à probabilidade de resultados adversos para a saúde entre adultos mais velhos, incluindo limitações físicas e problemas tanto nas atividades básicas como instrumentais de vida diária e mortalidade (Caffò *et al.*, 2022). Entretanto, os efeitos da multimorbidade na função cognitiva têm recebido, relativamente, pouca exploração (Jiao *et al.*, 2023)

Embora nosso estudo não tenha evidenciado significância estatística em doenças crônicas, como diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e acidente vascular cerebral (AVC), na análise comparativa entre os grupos com e sem CC, existem pesquisas que enfatizam o DM e as doenças cardiovasculares (DCV) como preditores do CC, visto serem patologias com alto risco de eventos cerebrovasculares e, portanto, favorecem distúrbios cognitivos (Roberts *et al.*, 2015).

A relação de prevalência entre o sexo e CC é variável na literatura (El Harsi; Benksim; Cherkaoui, 2023). Paula *et al.* (2022) afirmam que a diferença do CC entre os sexos é causada pela presença de vários outros fatores de risco, entre eles, as alterações nos hormônios sexuais na menopausa, por exemplo.

Indivíduos com menos escolaridade apresentaram, no atual estudo, uma maior prevalência de CC, semelhante ao encontrado na literatura. A baixa escolaridade vem sendo descrita como um dos principais preditores associados a manifestações precoces de alterações cognitivas (Livingston *et al.*, 2017). Fatores modificáveis contribuem mais para o desenvolvimento de CC do que fatores genéticos, por exemplo, e, entre eles, a educação foi o mais relevante (Paula *et al.*, 2022).

Além da escolaridade, os déficits sensoriais, embora sem significância estatística, conforme tabela 04, também são preditores do CC. Estudos diversos descrevem que idosos com deficiência visual têm maior probabilidade de apresentar distúrbios de memória (Aubin *et al.*, 2023). Alguns autores justificam essa associação pela redução da atividade mental causada por essa deficiência, afirmando que o déficit visual pode resultar numa falta prolongada de estímulos sensoriais necessários, o que promove atrofia neural e pode, por sua vez, causar deterioração cognitiva (Varadaraj *et al.*, 2021). Da mesma forma, a perda auditiva, inclusive em níveis leves de acometimento, aumenta o risco a longo prazo de declínio cognitivo e demência em indivíduos que estão cognitivamente intactos (Livingston *et al.*, 2017).

Cochilos ao longo do dia, sono fragmentado durante a noite, duração não satisfatória do dormir, qualidade e distúrbios associados ao sono são comuns nos extremos de idade (Ma *et al.*, 2020). O sono está intimamente relacionado à memória visual e verbal, ao estado de alerta, à atenção e ao desempenho de tarefas simples e complexas (Randhi *et al.*, 2023). Existem evidências emergentes de que, ao longo dos anos, as alterações do sono comprometem a cognição (Gao *et al.*, 2022). Esse dado foi ratificado por nosso estudo com $p= 0,022$ e $OR = 6.07 [1.24 - 31.53]$, comprovando que pacientes com alteração do sono tem 6 vezes mais chances de evoluir com CC, fato que nos chama a atenção.

Outra preocupação crescente é a polifarmácia que, muitas vezes, está associada ao aumento de efeitos colaterais, como quedas e interações medicamentosas, prejudiciais aos idosos (Aljeaidi; Tan, 2022). Um estudo desenvolvido por Khezrian *et al.*, (2019) demonstrou a prevalência de polifarmácia em 12,3% de uma amostra relativamente saudável, destacando que ela foi significativamente associada ao aumento do comprometimento da capacidade cognitiva, física e emocional ($\bar{y}=3,6$, $p=0,003$), mesmo após o controle do efeito de comorbidades e de outras variáveis de confusão.

Cada vez mais estudos têm evidenciado que nosso estilo de vida está diretamente relacionado a forma como manifestaremos o declínio cognitivo, no decorrer dos anos (Dominguez *et al.*, 2021). Tabagismo e etilismo também são grandes influenciadores das alterações cognitivas na senescência (Sabia *et al.*, 2012; Sachdeva *et al.*, 2016). No nosso estudo, não apresentaram significância estatística.

O tabagismo é um preditor para comprometimento cognitivo, embora seu impacto possa ainda ser subestimado em estudos que demonstram uma baixa expectativa de vida, quando falamos de idosos ativamente fumantes (Livingston *et al.*, 2017). O estudo de coorte Whitehall II comprovou que, em comparação com os idosos que nunca fumaram, os fumantes de meia-idade do sexo masculino, provavelmente, experimentarão um DC mais rápido, em 10 anos, na cognição global e na função executiva (Sabia *et al.*, 2012). Fumantes intermitentes e ex-fumantes recentes também exibiram maior DC, embora nenhum efeito residual adverso tenha sido observado no grupo de homens que pararam de fumar 10 anos antes dos testes cognitivos (Sabia *et al.*, 2012).

O uso prolongado e excessivo de álcool pode levar a danos cerebrais estruturais e funcionais, resultando na demência relacionada ao álcool (DRA) (Sachdeva *et al.*, 2016). Como resultado do consumo excessivo de álcool, podemos ter diferentes tipos de comprometimento cognitivo, os quais são mais frequentemente observados nos domínios das funções visuoespaciais, memória e tarefas executivas, com potencial de recuperação parcial, se a abstinência for mantida (Bernardin; Maheut-Bosser; Paille, 2014).

Neste estudo, a maioria dos pacientes com comprometimento cognitivo tinham sua funcionalidade preservada. Podemos afirmar, portanto, que esses pacientes apresentam comprometimento cognitivo leve (CCL), uma etapa intermediária entre declínio cognitivo e demência.

A reversibilidade do CC é alvo de inúmeras pesquisas (Casanova *et al.*, 2020; Shaik *et al.*, 2016). E, por isso, a importância de tantos estudos sobre preditores e fatores protetores do declínio cognitivo (Westra, 2011; Zheng; Cagney; Choi, 2023). O *step* que separa o envelhecimento cerebral fisiológico das síndromes demenciais é o comprometimento cognitivo leve (CCL), que compõe a maior janela de intervenção, quando os testes de triagem cognitivos são positivos, antes do envelhecimento cerebral patológico. E é nesse *step* que se encontram nossos pacientes. Temos um potencial amplo de ações modificadoras a ser realizada. E, para isso, precisamos do cuidado geriátrico e gerontológico com uma rede de saúde abrangente, especializada e interdisciplinar que atue de forma coordenada, integral e contínua.

5 CONCLUSÃO

Muitos fatores podem ser preditores de declínio ou de comprometimento cognitivo em uma fase mais avançada da vida. Está claro que processos biológicos influenciam e são influenciados pelo ambiente. A interação cumulativa entre eles pode gerar as síndromes demenciais.

É muito importante estar atento à presença desses preditores nos idosos e tomar as medidas preventivas necessárias para manter as capacidades cognitivas estáveis na velhice.

Atividades como acompanhamento regular de doenças crônicas, atividades cognitivas, como jogos de números e palavras, atividades de aprendizagem e memória, bom sono, exercícios físicos, como caminhada e ioga, além de lazer e entretenimento podem ser sugeridos para a prevenção do comprometimento cognitivo.

Atividades estimulantes, sejam elas mentais ou sociais, são fatores protetores da demência, indicando que tanto a interação social quanto a estimulação intelectual são relevantes para a preservação do funcionamento mental durante a senescência.

REFERÊNCIAS

- ALJEAIDI, M. S.; TAN, E. CK. The association between polypharmacy and cognitive ability in older adults: A national cohort study. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 18, n. 3, p. 2505–2509, 1 mar. 2022.
- APOLINARIO, D. *et al.* Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 4–12, jan. 2016.
- AUBIN, G. *et al.* Visual and cognitive functioning among older adults with low vision before vision rehabilitation: A pilot study. **Frontiers in Psychology**, v. 14, p. 01–11, 2023.
- BERNARDIN, F.; MAHEUT-BOSSER, A.; PAILLE, F. Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. **Frontiers in Psychiatry**, v. 5, p. 01–06, 2014.
- CAFFÒ, A. O. *et al.* The Prevalence of Amnestic and Non-Amnestic Mild Cognitive Impairment and Its Association with Different Lifestyle Factors in a South Italian Elderly Population. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 3097, p. 01–16, 1 mar. 2022.
- CASANOVA, R. *et al.* Investigating Predictors of Cognitive Decline Using Machine Learning. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 75, n. 4, p. 733–742, 9 mar. 2020.
- CÉSAR-FREITAS, K. G. *et al.* Follow-up of participants with subjective cognitive decline from Tremembé epidemiologic study, Brazil. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 17, p. 01–08, 2023.
- DIAS, B. M.; MELO, D. M. DE. Avaliação neuropsicológica e demências em idosos: uma revisão da literatura. **Cadernos de Psicologia**, v. 2, n. 3, p. 64–84, 2020.
- DOMINGUEZ, L. J. *et al.* Nutrition, physical activity, and other lifestyle factors in the prevention of cognitive decline and dementia. **Nutrients**, v. 13, p. 4080, 2021.
- EGUCHI, Y.; MATSUMOTO, S.; NIIMURA, H. Cognitive function and independence in the oldest-old: review study based on aging in place. **Psychologia**, v. 65, n. 1, p. 01–12, 2023.
- EL HARSI, E. M.; BENKSIM, A.; CHERKAQUI, M. Cognitive complaints in older adults in primary care and associated factors. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 17, p. 01–06, 2023.
- FORLENZA, O. V. *et al.* Mild cognitive impairment (part 1): Clinical characteristics and predictors of dementia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 178–185, 2013.
- FUENTES, D. *et al.* **Neuropsicologia Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- GAO, F. *et al.* Sleep disturbance is associated with mild cognitive impairment: a community population-based cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 01–09, 2022.
- HILL, N. L. *et al.* Cognitive complaints in age-related chronic conditions: A systematic review. **PLOS ONE**, v. 16, n. 7, p. 01–19, 2021.

JIAO, D. *et al.* Latent subtype of cognitive frailty among multimorbidity older adults and their association with social relationships. **Healthcare**, v. 13, n. 13, p. 01–11, 2023.

JONGSIRIYANYONG, S.; LIMPAWATTANA, P. Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. **American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias**, v. 33, n. 8, p. 500–507, 2018.

KHEZRIAN, M. *et al.* The association between polypharmacy and late life deficits in cognitive, physical and emotional capability: a cohort study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 41, n. 1, p. 251–257, 2019.

KRYSCIO, R. J. *et al.* Risk factors for transitions from normal to mild cognitive impairment and dementia. **Neurology**, v. 66, n. 6, p. 828–832, 2006.

LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2673–2734, 2017.

MA, Y. *et al.* Association between Sleep Duration and Cognitive Decline. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 9, p. 01–14, 2020.

MACHADO, J. C. *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 109–121, 2011.

MURMAN, D. The Impact of Age on Cognition. **Seminars in Hearing**, v. 36, n. 03, p. 111–121, 2015.

PAULA, T. C. M. DE *et al.* Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos longevos assistidos na saúde suplementar. **International Journal of Development Research**, v. 15, n. 3, p. 57947–57951, 2022.

RABELO, D. F. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 65–79, 2009.

RANDHI, B. *et al.* Sleep Disorders in Mild Cognitive Impairment. **Cureus**, v. 15, n. 3, p. 01–05, 2023.

ROBERTS, R. O. *et al.* Risk and protective factors for cognitive impairment in persons aged 85 years and older. **Neurology**, v. 84, n. 18, p. 1854–1861, 2015.

SABIA, S. *et al.* Impact of smoking on cognitive decline in early old age: The Whitehall II cohort study. **Archives of General Psychiatry**, v. 69, n. 6, p. 627–635, 2012.

SACHDEVA, A. *et al.* Alcohol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A Review Study. **International Journal of High Risk Behaviors and Addiction**, v. 5, n. 3, p. 01–09, 2016.

SCHENKMAN, M. L. *et al.* **Neurociência clínica e reabilitação**. Barueri, SP: Manole, 2016.

SHAIK, M. A. *et al.* Risk factors of cognitive impairment and brief cognitive tests to predict cognitive performance determined by a formal neuropsychological evaluation of primary health care patients. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 4, p. 343–347, 2016.

SMID, J. *et al.* Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sintômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, n. 3 suppl 1, p. 1–24, 2022.

VANZELER, M. L. A. Neuropsicologia e diagnóstico diferencial nos declínios cognitivos e processos demenciais no idoso. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, p. 30–54, 2020.

VARADARAJ, V. *et al.* Association of vision impairment with cognitive decline across multiple domains in older adults. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 7, p. 01–13, 2021.

WESTRA, H. A. Comparing the predictive capacity of observed in-session resistance to self-reported motivation in cognitive behavioral therapy. **Behaviour Research and Therapy**, v. 49, n. 2, p. 106–113, 2011.

ZHANG, J. J. *et al.* Associations among multidomain lifestyles, chronic diseases, and dementia in older adults: a cross-sectional analysis of a cohort study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 15, p. 01–11, 2023.

ZHENG, H.; CAGNEY, K.; CHOI, Y. Predictors of cognitive functioning trajectories among older Americans: A new investigation covering 20 years of age- and non-age-related cognitive change. **PLOS ONE**, v. 18, n. 2, p. 01–22, 2023.